

OŚWIADCZENIE

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Dane PACJENTA:

IMIĘ I NAZWISKO.....
PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA.....
TELEFON/E-MAIL.....

Dane RODZICÓW, OPIEKUNÓW PRAWNYCH (jeśli Pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony)

.....

* Imię, Nazwisko Matki/Opiekuna prawnego

.....

* Imię, Nazwisko Ojca/Opiekuna Prawnego

.....

PESEL

.....

PESEL

** Działając, jako Uprawniony na podstawie art.26 ust.1 I ust. 2 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta UPOWAŻNIAM:

IMIĘ I NAZWISKO.....
PESEL

TELEFON / E-MAIL.....

- do informacji o stanie zdrowia pacjenta,
 do dokumentacji medycznej,
 do odbioru recept,
 do dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

NIE UPOWAŻNIAM nikogo.

.....

Data

.....

* podpis Pacjenta/Rodzica/Przedstawiciela Ustawowego

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych):

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W NINIEJSZEJ PLACÓWCE przez:

- Kontakt TELEFONICZNY w celu realizacji wizyty (*telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania*)
 TAK, nr tel. NIE
- Kontakt SMS w celu realizacji wizyty (*sms w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania*):
 TAK, nr tel. NIE
- Kontakt E-MAIL w celu przesłania dokumentacji medycznej oraz przesłania informacji o aktualnych programach zdrowotnych w rozumieniu art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną:
 TAK, e-mail NIE

.....

Data

.....

* podpis Pacjenta/Rodzica/Przedstawiciela Ustawowego

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego dokumentu, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany. Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

Podstawa prawna:

Art. 14 ust. 2 pkt 3 oraz 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2016.186 t.j. z dnia 2016.02.16).
Art. 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996r. (Dz.U. z 2015r. poz. 464).
Art. 97-98 Ustawy z dnia 25 lutego 1964r. Kodeks Rodzinny Opiekuńczy (Dz.U. z 1964r. poz. 59)

Objaśnienia:

- * niewłaściwe skreślić
- ** zaznaczyć właściwe

***Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach Administratora danych.